

ケアハウスハーブガーデン新十津川 利用申込書

受理年月日	平成 年 月 日	受理番号	
-------	----------	------	--

ご利用申込者	フリガナ		生年月日	
	(单身)ご氏名 ㊟		年 月 日 (歳)	
	ご住所 〒		電話番号	
身元引受人	フリガナ		生年月日	
	(夫婦)ご氏名 ㊟		年 月 日 (歳)	
	フリガナ	続柄	フリガナ	続柄
	ご氏名 ㊟		ご氏名 ㊟	
	生年月日 年 月 日 (歳)	生年月日 年 月 日 (歳)		
	ご住所 〒 電話	ご住所 〒 電話		
	勤務先 名称 所在地	勤務先 名称 所在地		
ご利用申込の理由(具体的に、詳しく書いてください。) 【独居生活に不安がある、家族との同居が困難など】			写真 (できるだけ最近のもので お顔がはっきりわかるもの にしてください。)	
備考(この欄には記入しないで下さい。)				

※1 記入に際しては、ケアハウスハーブガーデン新十津川【利用申込について】をよくお読みください
 ※2 利用申込書の「身元引受人」欄は、身元引受人となられるご本人様が記入・捺印ください。

健康状態	1. 特に症状なし 2. 血圧 3. 眼科 4. 心臓 5. 呼吸器 6. 肝臓 7. 泌尿器					
	8. 上下肢 9. 認知面 10. その他()					
健康保険	①.国保本人		②.国保家族		③.社保本人	
	⑤.後期高齢者医療保険		⑥.その他()			
収入の状況	国民年金	(1.老齢年金		2.老齢福祉年金)	
	厚生年金	(1.老齢年金		2.遺族年金 3.企業年金)	
	恩給	(種類)			
	不動産所得	(種類)			
	その他の収入	(種類)			
一年間の年金総額			万円 (ご夫婦の場合は合計の半額となります)			
生活状況						
1.年金と貯金で生活		2.年金+親族の援助		3.年金+()		
必要経費支払方法	1.全額本人負担		2または3の方(負担者)			
	2.一部親族負担		住所		電話番号	
	3.全額親族負担		氏名		印 続柄	
その他	趣味		要介護認定 (非該当 要支援 要介護)			
	特技		身体障害 (級) 障害部位			
	嗜好品など		※施設への注意事項などがありましたら記入ください。			
	宗教					
家族状況	お名前		年齢	続柄	ご住所	電話番号
◎身元引受人を除き、ご本人に近いご家族の方からご記入下さい。						